

Bloqueo elevador de la espina para tratamiento de dolor torácico crónico oncológico

INÁKI GASCO*, ANTONI ARXER, JOSEP VILAPLANA, GEMMA MIRÓ, KEVIN REGÍ, PELAYO FLÓREZ Y CARMEN HERNÁNDEZ

RESUMEN

Descripción de un caso clínico de un hombre de 52 años con un tumor pulmonar estadio IVB por metástasis óseas a nivel de vertebra T7 y parrilla costal derecha. El paciente presenta clínica de dolor torácico de características mixtas, somáticas y neuropáticas de elevada intensidad que requiere al largo de la evolución altas dosis de opioides. Finalmente se opta por realizar un bloqueo elevador de la espina (ESP) a nivel de apófisis transversa T6 izquierda con betametasona 18 mg + anestésico local. Pese a la evolución terminal de la enfermedad en las semanas posteriores, el paciente refiere mejor control del dolor y reducción del consumo de opioides. El bloqueo ESP está ampliamente descrito en diferentes afecciones que causan dolor, así como en el control del dolor en el postoperatorio de diversas cirugías. En el caso del dolor oncológico hay muy poca bibliografía y aquí aportamos un caso donde la utilización de este bloqueo fue exitosa en paliar el dolor en un paciente oncológico terminal. Se requieren más estudios para valorar la efectividad de este bloqueo, el papel de los corticoesteroides a este nivel y determinar o definir la técnica más idónea, con el empleo de la analgesia por catéter-infusión continua vs. punción-dosis única en estos pacientes oncológicos.

Palabras clave: Bloqueo ESP. Dolor oncológico. Corticoesteroides.

ABSTRACT

Description of a clinical case of a 52-year-old man with stage IVB lung tumor due to bone metastases at the level of the T7 vertebra and right rib cage. The patient presented with high intensity mixed somatic and neuropathic chest pain symptoms that required high doses of opioids throughout the course of the evolution. Finally, we opted to perform an erector spinae plane (ESP) block at the level of the left T6 transverse process with betamethasone 18 mg + local anesthetic. Despite the terminal evolution of the disease in the following weeks, the patient reports better pain control and reduced opioid consumption. ESP block is widely described in different conditions that cause pain as well as pain control in the postoperative period of various surgeries. In the case of cancer pain, there is very little bibliography and here we provide a case where the use of this blockade was successful in alleviating pain in a terminal cancer patient. More studies are required to assess the effectiveness of this blockade, the role of corticosteroids at this level and determine or define the most suitable technique, with the use of catheter-continuous infusion vs. puncture-single dose analgesia in these patients. (DOLOR. 2020;35:101-3)

Key words: ESP block. Oncologic pain. Corticosteroids.

Corresponding author: I. Gasco, Gasco.serna@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 52 años sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador importante, actualmente sin hábito alcohólico. Sin antecedentes patológicos previos. Afectado de neoplasia pulmonar por adenocarcinoma de pulmón estadio IVB con metástasis óseas a nivel de vértebra T7 y parrilla costal. No tributario a tratamiento curativo.

Ingreso hospitalario por dolor costal izquierdo de características mixtas, tanto somáticas como neuropáticas, con parestesias y disestesias de difícil control, que requiere de grandes dosis de morfina subcutánea sin conseguir una correcta analgesia. Dolor radicular dorsal izquierdo secundario a las metástasis óseas. Valoramos al paciente y decidimos iniciar terapia oral con pregabalina, antiinflamatorios, amitriptilina, oxicodona e incluso infusión única de lidocaína endovenosa 140 mg. Inicialmente buena respuesta al tratamiento, pero a las dos semanas requiere rotación de opioides a metadona y se añade lidocaína tópica por difícil control del dolor, persistiendo puntuaciones medias en la escala visual analógica de 6 sobre 10. Incluso realiza ciclo de radioterapia paliativa sobre lesión de T7 sin ser efectiva.

Requiere nuevo ingreso hospitalario por mal control del dolor, precisando perfusión continua intravenosa de metadona hasta 25 mg en 24 h. En nuestra valoración el paciente presenta dificultad respiratoria secundaria al dolor costal izquierdo. Dado el agotamiento de medidas farmacológicas decidimos realizar bloqueo elevador de la espina (ESP) ecoguiado a nivel de apófisis transversa izquierda T6, con betametasona 18 mg, ropivacaína 0,2% 4 cc, lidocaína 2% con un volumen total de 25 cc.

Buena evolución del dolor posterior, lo que permite suspender la perfusión de metadona y mejorar la dinámica respiratoria. Desde el inicio el paciente presenta una clara mejoría clínica, con un mejor control del dolor, requiriendo menos dosis de metadona oral (12 mg en 24 h), persistiendo los rescates de fentanilo oral para control del dolor irruptivo y manteniendo el resto de la medicación convencional.

Reingreso en 15 días por cuadro de cefalea, por lo que se realiza tomografía computarizada craneal con presencia de incontables metástasis supratentoriales e infratentoriales. Pese a ello, al ingreso refiere buen control del dolor torácico. Dado el pronóstico infausto y la cefalea de difícil control, fallece a los pocos días bajo sedación paliativa.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso clínico donde la realización de un ESP a nivel torácico para la paliación del dolor oncológico metastásico ha sido efectiva y válida.

El bloqueo ESP en plano, descrito en 2016 para tratar el dolor torácico neuropático, es cada vez más utilizado una vez demostrada su efectividad, sobre todo analgésica. Este bloqueo, que se puede realizar tanto a nivel torácico como lumbar, es seguro y aunque es una técnica nueva, su efectividad está siendo demostrada en diferentes tipos de cirugías, así como en fracturas costales.

La técnica consiste en la administración de anestésico en plano por debajo del erector de la espina y por encima de la apófisis transversa, bajo visión ecográfica, tanto con punción única como por catéter. En nuestro caso realizamos punción única a nivel de T6. Se supone que el mecanismo de acción del bloqueo es mediante la llegada del anestésico local a las raíces nerviosas en el espacio paravertebral y bloqueando varios dermatomas, ofreciendo un bloqueo sensitivo de la pared torácica, seguramente con una mayor potencia a nivel posterior, dada la mayor llegada de anestésico al ramo dorsal del nervio espinal, aunque también ofreciendo analgesia para las regiones laterales y anteriores de la pared torácica^{1,2}.

En cuanto a la extensión de este bloqueo, Chin, et al. demostraron en cadáveres, radiológicamente, la difusión rostrocaudal de anestésico local 3-4 niveles por encima y por debajo del lugar de punción³ e incluso nuevos estudios realizados con RMN han demostrado la difusión transforaminal al espacio epidural^{3,4,8}.

Pese a ser una técnica segura, con un porcentaje muy bajo de complicaciones, no deja de ser una técnica invasiva, con complicaciones descritas como infección, sangrado y toxicidad por anestésicos locales. En todo caso, la complicación más temida es el neumotórax, incluso así poco frecuente y más aún si se realiza bajo visión ecográfica y por manos expertas³.

Como hemos referido, el éxito y seguridad de la técnica están demostrados en diferentes situaciones que requieren analgesia por dolor de gran intensidad (toracotomía, roturas costales, cirugías de mama, etc.), no obstante, dado que es una técnica nueva faltan más estudios que demuestren la eficacia^{5,6,7}. En el caso del dolor crónico oncológico aún hay menos bibliografía publicada. Kalagara, et al. utilizan este bloqueo para el control del dolor en un paciente con

un tumor de Pancoast y gran afectación de la pared torácica, reduciendo también la dosis de opiodes⁸. Otro caso, publicado por Ramos, et al., demuestra la utilidad de la analgesia continua mediante la inserción de un catéter por debajo del ESP en un paciente con mesotelioma con afectación de la pared torácica, mejorando su calidad de vida⁹.

Otro tema a tratar es la aplicación de corticoesteroides junto a la infiltración de anestésico local durante la técnica. Pese que el papel de los corticosteroides en las infiltraciones está también ampliamente demostrado, y pese que nuestro paciente mejoró, tampoco existe literatura que demuestre el beneficio de la utilización de corticoesteroides a este nivel¹⁰.

CONCLUSIONES

El bloqueo ESP es una técnica segura y útil para tratar dolores tanto agudos como crónicos, tanto en pared abdominal como en zona lumbar. En este caso de dolor oncológico, la bibliografía es limitada y podría servir como motivación para realizar estudios en pacientes con dolor oncológico, valorar si es mejor o sirve la punción única o la inserción de un catéter, así como evaluar el papel de los

corticoesteroides a este nivel. Como conclusión, el ESP sería una opción terapéutica a tener en cuenta para reducir el dolor e intentar mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2016;41:621-7.
2. Adhikary SD, Bernard S, Lopez H, Chin KJ. Erector spinae plane block versus retrolaminar block: a magnetic resonance imaging and anatomical study. *Reg Anesth Pain Med*. 2018;43:756-62.
3. De Cassai A, Bonvicini D, Correale C, Sandei L, Tulgar S, Tonetti T. Erector spinae plane block: a systematic qualitative review. *Minerva Anesthesiol*. 2019;85(3):308-19.
4. Ueshima H, Otake H. Erector spinae plane block for pain management of wide post-herpetic neuralgia. *J Clin Anesth*. 2018;51:37.
5. Chin KJ, Adhikary S, Sarwani N, Forero M. The analgesic efficacy of pre-operative bilateral erector spinae plane (ESP) blocks in patients having ventral hernia repair. *Anaesthesia*. 2017;72(4):452-60.
6. Chin KJ, Lewis S. Opioid-free analgesia for posterior spinal fusion surgery using erector spinae plane (ESP) blocks in a multimodal anesthetic regimen. *Spine*. 2019;44(6):E379-E383.
7. Hamilton DL, Manickam B. Erector spinae plane block for pain relief in rib fractures. *Br J Anaesth*. 2017;118:474-5.
8. Schwartzmann A, Peng P, Maciel MA, Forero M. Mechanism of the erector spinae plane block: insights from a magnetic resonance imaging study. *Can J Anaesth*. 2018;65(10):1165-6.
9. Kalagara HK, Deichmann P, Brooks B. T1 Erector spinae plane block catheter as a novel treatment modality for pancoast tumor pain. *Cureus*. 2019;11(11):e6092.
10. Ramos J, Peng P, Forero M. Long-term continuous erector spinae plane block for palliative pain control in a patient with pleural mesothelioma. *Can J Anaesth*. 2018;65:852-3.